THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice-Octave ADENIS

A PROPOS

D'UN

CAS DE FIBROME

D'ORIGINE MUSCULO-APONÉVROTIQUE

ET SYMÉTRIQUE DES DEUX BRAS

Président : M. H. HARTMANN, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

—

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, GOSSET, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SÉBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOUIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMAREST
DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
GUILLEMINOT
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBÉ Henri
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS
LARDENNOIS
LELORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBOULLET
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT
RATHERY
RETTERER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ(A.)
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage d'affection et de reconnaissance, pour les sacrifices, qu'ils ont dû s'imposer.

A MON AMI

PIERRE HAREL

Surveillant des Hôpitaux de Paris

Souvenir et affection.

MEIS ET AMICIS

A M. le Professeur agrégé OKINCZYC

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre

Il nous a donné le sujet de cette thèse.

Qu'il nous permette, ici, de lui témoigner notre profonde reconnaissance pour les bons conseils, dont il nous gratifiait.

Dans son service, à la Consultation de Chirurgie de l'Hôtel-Dieu, nous avons toujours trouvé une bonne amitié.

Qu'il soit assuré de notre profonde et indéfectible admiration.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur HENRI HARTMANN

Chirurgien-chef de la Clinique chirurgicale
de l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider cette thèse.

A PROPOS

D'UN CAS DE FIBROME

D'ORIGINE MUSCULO-APONÉVROTIQUE ET SYMÉTRIQUE DES DEUX BRAS

DÉLIMITATION DU SUJET

Au cours du semestre que nous venons de passer dans le service de M. le Professeur agrégé Okinczyc, à la Consultation de Chirurgie de l'Hôtel-Dieu, nous avons eu l'occasion d'observer, de suivre ensuite, dans le service de M. le Professeur Hartmann, un cas de tumeur symétrique des deux bras.

L'examen histologique de l'une de ces tumeurs, nous a révélé qu'il s'agissait d'un fibrome pur.

Ces tumeurs symétriques, au voisinage du nerf radial, par les troubles de la sensibilité, surtout marqués au bras gauche, pouvaient faire penser à un névrome du radial ou, peut-être même, à un début de la maladie de Recklinghausen.

Devant ce cas rare de fibrome musculaire ou aponévrotique, *symétrique* sur les conseils de M. le Proseur agrégé Okinczyc, nous avons cru intéressant de rechercher, s'il existait dans la littérature médicale des observations semblables.

Après un court aperçu historique, nous discute-

rons le diagnostic du cas de la malade dont nous rapportons l'observation. Nous donnerons, aussi, l'observation de la thèse de Nové-Josserand.

Dans ce cas, dont l'examen histologique est très complet, nous trouvons de nombreux points communs avec notre observation.

Nous ne parlerons pas des fibromes de la paroi abdominale, dont l'étude a été faite par L. Labbé et Ch. Rémy.

Nous ne nous occuperons pas non plus des fibro-sarcomes, fibro-myomes, myso-sarcomes, neuro-fibromes, qui généralisés sont actuellement connus sous la maladie de Recklinghausen.

Le cas de notre malade semble être un fibrome primitif, quoiqu'il soit plus généralement admis que les tumeurs conjonctives des muscles sont secondaires.

APERÇU HISTORIQUE

Les tumeurs des muscles n'ont guère été étudiées, qu'au milieu du siècle dernier.

C'est, alors, qu'avec Cornil et Rouvier le terme « tumeur » quitte sa signification de « grosseur » pour prendre celle de « nouvelle formation de tissus.

D'après les divers auteurs, dont nous avons lu les travaux, les fibromes musculaires étaient considérés comme tout à fait exceptionnels ; ils étaient l'objet de nombreuses controverses : leur existence a été tour à tour niée, puis acceptée.

D'ailleurs le plus souvent, l'examen histologique manque ou est incomplet.

Tout d'abord Cheseldon et Comper proclament l'origine nerveuse des tubercules sous-cutanés dits douloureux. Odier (de Genève), les désigne sous le nom de névromes. Dupuytren, professe qu'ils sont de nature fibreuse et nie tout rapport entre eux et les nerfs.

En 1884, Volkmann, in Handbuch von Pithra und Billroth, rapporte un cas de tumeur volumineuse, s'étendant de l'omoplate à l'olécrane et siégeant dans les muscles du bras. Les détails histologiques manquent ; l'examen macroscopique montre des lacunes et des productions chondroïdes.

A la même époque, Lebert présente à la Société anatomique, une tumeur qui avait été enlevée au niveau du vaste interne par Denonvillers, tumeur difficile à classer.

Quatre années plus tard, Lebert réunit les fibromes et les sarcomes sous le nom de « tumeurs fibro-plastiques ». Il ne peut citer qu'un cas personnel de fibrome musculaire : c'était un fibrome développé dans l'épaisseur du trapèze.

Teevan, en 1865, réunit 62 cas de tumeurs, développées, pense-t-il, primitivement dans les muscles. Il rapporte notamment le cas d'un homme de 37 ans, opéré par Fergusson, d'une tumeur existant depuis un an au biceps brachial. Fergusson dit, qu'il a été obligé de couper des fibres musculaires et ajoute que la tumeur lui paraissait d'origine musculaire.

Dans sa thèse d'agrégation de 1866 A. Desprès revient aux tumeurs fibro-plastiques de Lebert. A la page 68, il écrit, au sujet de la transformation fibreuse des muscles : « c'est quelque chose d'analogue à l'ossification musculaire moins les tumeurs. Deux organes, presque exclusivement musculaires, ont présenté des tumeurs fibreuses, la langue et l'utérus ; on n'a pas encore rencontré de tumeurs fibreuses dans les autres muscles. Les observations de M. Teevan qui ont pour titre « fibrous tumours » sont des cancers fibro-plastiques ou une tumeur hématique. Il y a des faits de tumeurs fibreuses des tendons ».

Cependant malgré cette négation de l'existence

des tumeurs fibreuses, Desprès rapporte une observation publiée par Demarquay dans *l'Union médicale* Quoique l'examen histologique de cette tumeur n'ait pas été fait, il nous semble bien que Demarquay se trouvait en présence d'un fibrome et nous croyons intéressant de noter cette observation.

« Mme X..., 28 ans, vient me consulter pour une tumeur de la région du pli du coude. Cette tumeur est située en dehors du tendon du biceps ; elle fait une légère saillie à la peau et avec le doigt on reconnaît une tumeur bien limitée, un peu aplatie, dure sans bosselure du volume d'une noisette ; elle n'adhère pas à la peau. Elle présente dans tous les mouvements une situation fixe sur les parties profondes. L'examen de cette tumeur est douloureux La malade y éprouve des douleurs vives, d'abord locales, mais qui se propagent à la partie externe de l'avant-bras et sont vivement senties à son tiers inférieur, puis au poignet et s'irradient en dernier lieu sur la face dorsale du pouce et de l'index ; plus tard le médius et l'annulaire deviennent douloureux, mais, alors, la malade souffre jusque dans l'aisselle et incline la tête sur l'épaule.

Ces douleurs seraient comparables à une rage de dents. Il y a un sentiment de pesanteur dans le bras ; au toucher : le coude, l'avant-bras, la main sont froids.

Celle-ci est couverte d'une sueur abondante.

Les fonctions du membre sont affaiblies ; la sensibilité tactile est engourdie ; et si la malade tient un

objet quelconque, lourd ou léger, elle est obligée de le lâcher. L'avant-bras est ordinairement fléchi vers le tronc et en supination ; il est impossible de l'étendre complètement.

La santé générale est bonne, quoique Mme X..., éprouve de fréquentes insomnies. Elle s'est aperçue de sa tumeur, il y a neuf ans, pendant le cours de sa grossesse, qui se termine par une fausse couche, ainsi que plusieurs autres grossesses.

La tumeur n'a pas augmenté depuis son apparition, mais les douleurs, d'abord passagères, et ne revenant qu'à de longs intervalles sont continues depuis deux ans et présentent des exacerbations pendant le jour. Tous les moyens médicaux, employés jusqu'ici, ayant échoués, je résolus d'enlever cette tumeur le 16 septembre 1861.

Pendant l'opération, je constate que la tumeur est dans l'épaisseur du long supinateur.

La tumeur enlevée, a la grosseur d'une noisette, elle est arrondie, sans bosselure, entourée d'une coque fibreuse ; la coupe fait reconnaître un tissu qui rappelle le corps caverneux de la verge ; ce sont des cellules pleines de sang, dont les parois sont formées par du tissu fibreux.

L'examen histologique manque.

Dans le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de 1876, Hénocque ne croit pas à l'existence des tumeurs fibreuses des muscles ; il pense que les examens histologiques des observations publiées sont insuffisants.

Dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, à l'article « Muscles » Le Dentu ne parle pas des fibromes.

Au sujet des fibromes des muscles Lancereaux dit, *qu'ils se développent de préférence à l'union du muscle et du tendon, ou dans l'épaisseur de ce dernier*. Leur point de départ serait dans le tissu interfibrillaire.

M. F. Lejars, pense que les fibromes purs des aponévroses sont rares. D'après cet auteur, on les a surtout rencontrés aux doigts et à la main; il cite le cas de Nélaton, qui enleva trois tumeurs fibreuses dépendant de la gaine des tendons fléchisseurs de l'annulaire gauche.

En 1887, Seudler, publie un cas de fibrome vrai du tendon du grand palmaire qui fut extirpé, et dont l'examen histologique ne laissa aucune place au doute; on dut réséquer une partie du tendon, mais la petite tumeur avait comprimé le nerf médian, et des phénomènes graves de névrite ascendante, des troubles trophiques de la main suivirent l'opération.

Cornil et Rouvier écrivent en 1881 : « Les fibromes des muscles sont le résultat d'une irritation mécanique : ce sont des tumeurs, qui, une fois développées ne s'accroissent pas et ne déterminent pas de troubles considérables de la fonction musculaire; à moins, qu'on ne considère comme fibromes primitifs les cas d'atrophie musculaire avec productions fibreuses entre les faisceaux musculaires.

Guitton dans sa thèse de 1894 ne pense pas qu'on ait trouvé de fibromes dans les muscles.

Dans la thèse de Nové-Josserand de 1895-1896, nous trouvons un examen histologique complet, montrant que le « fibrome pur d'origine musculaire » existe. Aussi rapporterons-nous cette observation. Pour cet auteur, il y a une différence essentielle entre le « fibro-sarcome » et les « fibromes musculaires » à évolution plus ou moins rapide, caractérisée au microscope par la présence de cellules conjonctives plus ou moins abondantes en certains points, qui sont les points d'accroissement de la tumeur. Ces cellules jeunes ne sont qu'une forme intermédiaire qui aboutit fatalement au tissu fibreux ; les cellules jeunes du fibro-sarcome ne subissent pas l'évolution conjonctive et conservent leur type embryonnaire.

Parmi les travaux plus récents, nous trouvons un cas publié par Kapyploff (Kasan), en 1909. Il s'agit d'un fibrome du cou, qui en vingt-cinq ans, avait atteint le volume d'une tête d'adulte, allant de l'oreille au mamelon, ayant une circonférence de 85 centimètres. Les troubles ressentis dépendaient surtout du volume de la tumeur. Le pédicule s'implantait sur les apophyses de deux vertèbres cervicales.

L'examen histologique révéla un fibrome pur (*Journal de Chirurgie*, 1909, t. II, p. 518).

Notons, qu'avant Kapyploff, de Quervain dans son mémoire de 1899, avait déjà rassemblé 25 cas de fibromes du cou.

En 1911, Fabian de Leipzig rapporte un cas, où il

s'agit d'un fibrome profond du cou. L'examen histologique montra qu'on était en présence d'un fibrome pur développé probablement aux dépens du grand antérieur prévertébral, partie ligamenteuse.

Dans la thèse de Castay (Toulouse, 1913) nous trouvons une observation de M. Mériel ; il s'agit d'une tumeur développée aux dépens des adducteurs de la cuisse.

Après plusieurs examens histologiques hésitant entre fibrome et sarcome, cette tumeur fut finalement reconnue pour un fibrome.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(In thèse de Nové-Josserand.)

Joseph B..., cultivateur, 45 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. Pollosson, pour une volumineuse tumeur du côté gauche des bourses. Cette tumeur a débuté sans cause appréciable, vers l'âge de 16 ans, au-dessus du testicule gauche.

De 20 à 30 ans, le malade vit apparaître deux autres tumeurs indépendantes de la première, de sorte qu'il y avait sur le cordon trois tumeurs en chapelet. Elles se fondirent en une même masse à une époque indéterminée.

La progression de la tumeur fut d'abord lente ; et en 1883, son volume était celui d'une grosse poire. Depuis, sans cause déterminante connue, elle a pris un accroissement relativement rapide.

Au moment de son entrée à l'hôpital la tumeur est grosse comme une tête d'adulte, et descend jusqu'au-dessous de la partie moyenne des cuisses.

Les tuniques des bourses ne présentent aucune adhérence avec la tumeur. Sa consistance est dure et inégale. Elle est indépendante du testicule et ne s'étend pas dans le canal inguinal.

Il n'y a pas de ganglions dans l'aîne ni la fosse iliaque. M. Pollosson fait le diagnostic de « conjonctivome ».

Une longue incision sur la face antérieure du scrotum permet d'énucléer facilement la tumeur. La réunion a lieu par première intention.

Examen anatomique. — La tumeur pèse 4 kgr. 500, elle est encapsulée. A la coupe, on trouve un tissu blanc jaunâtre, fibroïde, uniforme sans dégénérescence, ferme et criant sous le scalpel.

Le testicule et l'épidydyme sont complètement indépendants.

L'examen microscopique, fait au Laboratoire de la Faculté par M. Bard, donne les résultats suivants :

La tumeur est uniformément constituée par des cellules conjonctives, fusiformes disposées en faisceaux parallèles, ou irrégulièrement concentriques, sans stroma interstitiel et sans cellules embryonnaires rondes.

C'est un fibro-sarcome conjonctif du type fasciculé.

En 1888, J. B... s'aperçoit qu'il porte une petite tumeur indolore, sous la peau, dans la région autéro-externe du bras droit. D'abord de la grosseur d'une noix cette tumeur atteint progressivement le volume d'une petite orange.

En janvier 1891, il entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Pollosson.

On constata que la tumeur du cordon n'a pas récidivé.

Dans la partie inférieure de la région antéro-externe du bras, il existe une tumeur du volume d'un œuf d'oie indépendante de la peau, adhérant entièrement au muscle brachial antérieur, mobile au repos, s'immobilisant pendant la contraction du muscle. De consistance dure et égale, elle n'est pas douloureuse et ne gêne en rien les mouvements. Pas de ganglions dans l'aisselle.

M. Pollosson fait une incision suivant le grand axe et constate que la tumeur est située sous l'aponévrose d'enveloppe du bras. Elle est développée dans le muscle brachial antérieur. Il n'y a pas de capsule et la tumeur n'a pas de limites précises.

L'extirpation est faite aussi complète que possible.

La réunion se fait par première intention et le malade sort guéri au bout de quelques jours.

Examen microscopique (Résumé). — A un faible grossissement, on remarque « une exagération de la fasciculisation régulière du muscle; c'est une dissociation parfaite du tissu musculaire par le tissu fibreux néo-formé ».

A un plus fort grossissement, on voit que la tumeur est formée par du tissu conjonctif adulte fibreux. La substance fondamentale est constituée par des faisceaux conjonctifs compacts et parallèles. Ils sont disposés en cercles concentriques autour des fibres musculaires.

En 1892, il se fait une récidive sur place et la tumeur augmente lentement et progressivement de volume.

Le 7 décembre 1894, le malade revient à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Pollosson, suppléé par M. Jaboulay. On constate dans la région antéro-externe du bras droit, une tumeur grosse comme une petite orange, dure, indolente.

Pas de ganglions dans l'aisselle.

Le 11 décembre, Jaboulay fait une incision en croix, au niveau de la tumeur. On constate que le muscle brachial antérieur est envahi dans toute son épaisseur. Le nerf radial est englobé.

Une intervention plus radicale, que l'ablation, étant jugée indispensable, la plaie opératoire est refermée. Le 20 décem-

bre 1894, M. Pollosson on fait la désarticulation de l'épaule.

L'examen histologique de cette tumeur récidivée donne les mêmes caractères généraux que l'examen de la première.

En résumé, de cette observation Nové-Josserand conclut que la tumeur du cordon était un fibrome en voie d'accroissement; que la tumeur musculaire est un fibrome pur et non une myosite ou un fibro-sarcome; car dans ses points définitifs la tumeur est constituée par du tissu fibreux.

Il ne tranche pas la question de savoir, si la tumeur du muscle brachial antérieur est une métastase de la tumeur du cordon.

La tumeur récidivée, étant aussi un fibrome, l'auteur pense qu'il s'agit d'un « fibrome primitivemen t malin ».

Malgré l'examen histologique précis qu'il nous donne, nous sommes un peu troublés par la conclusion de Nové-Josserand : « fibrome primitivement malin ».

Nous sommes, en effet, habitués à considérer le fibrome comme une tumeur bénigne, ne récidivant pas si l'exérèse est complète. Le cas de Nové-Josserand,est un cas de tumeurs multiples : trois tumeurs sur le cordon, une tumeur au bras, qui récidive, et au bout de deux ans, la désarticulation de l'épaule, opération grave, est jugée nécessaire.

Il semble bien, il est vrai, que l'extirpation de la première tumeur du bras, n'ait pas été complète, ainsi

s'expliquerait la récidive. Mais cependant l'évolution est bien rapide.

Ne s'agit-il pas plutôt d'un sarcome?

OBSERVATION II (Personnelle)

(Prise dans le service de M. le professeur Hartmann, Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.)

Mlle B... Camille, 47 ans, caissière, entre le 23 février 1921, salle Notre-Dame, lit 1 *bis*.

Histoire de la maladie. — La malade entre à l'hôpital parce qu'elle souffre par crises au niveau de la partie inféro-externe du bras gauche où elle a remarqué une petite masse.

Il y a huit ans, sentant des élancements dans la partie inféro-externe du bras gauche, elle constate une petite masse indolore à la pression, roulant sous le doigt, de consistance assez ferme, de la grosseur d'une lentille.

Jusqu'en août dernier, cette petite masse s'est développée graduellement ; elle a maintenant la grosseur d'une noisette.

Depuis août 1920, la malade s'étant beaucoup fatiguée, la tumeur augmente plus rapidement et devient plus dure.

Depuis son entrée à l'hôpital, 23 février 1921, la malade croit remarquer que la tumeur augmente plus rapidement qu'auparavant.

Au début, cette masse n'était douloureuse que par crises ; crises qui revêtaient deux caractères : élancement, au-dessus du coude, au niveau de la masse, semblable à la douleur provoquée par une aiguille traversant la partie inférieure du bras.

En même temps élancements au creux de l'aisselle.

Ou bien c'était une sensation de traction, surtout intense sur les bords supérieur et externe de la tumeur, avec irradiation se prolongeant jusqu'aux doigts, le long d'une ligne allant du milieu du pli du coude à la deuxième commissure interdigitale. Notons aussi la perte de la sensibilité de la pulpe du deuxième et troisième doigt.

Les crises surviennent brusquement le jour aussi bien que la nuit sans coïncider avec les fatigues de la malade.

Au début, les crises survenaient irrégulièrement, rarement plus d'une fois par jour et même souvent n'apparaissaient pas dans la journée. Depuis quelque temps elles apparaissent trois ou quatre fois dans la journée et presque tous les jours ; les élancements semblent prédominer.

A la pression la masse est devenue douloureuse, surtout sur le bord postéro-supérieur, à tel point que le poids seul des vêtements provoque de la douleur.

Au mois d'août 1920, la malade constate sur le bras droit, en un point symétrique de la tumeur du bras gauche, une deuxième tumeur qui augmente peu à peu de volume. Mais contrairement à celle du bras gauche, celle-ci est restée, jusqu'à ces derniers jours indolore. Depuis le debut de mars, la pression la rend sensible.

Antécédents personnels. — Mlle B.., a eu la fièvre typhoïde à 14 ans, et, il y a 8 ans une laryngite qui dura un mois. En 1903 elle eut des panaris périunguéaux à tous les doigts et aux deux mains ; ils n'ont laissé aucune trace.

Séjour en Orient de 1901 à 1918.

L'hiver, lorsque la malade a froid la phalangine et la phalangette des doigts, deviennent absolument blanches et même une coupure sont insensibles.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 54 ans d'une embolie, qui avait été précédée d'une hémiplégie gauche un mois auparavant.

Mère morte à 71 ans, elle aurait eu une affection cardiaque, et aurait également été paralysée.

Antécédents collatéraux. — Une sœur bien portante.

Examen. — *A*) Bras gauche : on remarque à la partie inféro-externe du bras gauche, à deux travers de doigt, au-dessus de l'épicondyle une saillie allongée se continuant progressivement avec le reste du bras. La peau est normale à son niveau.

A la palpation, on sent une masse ovoïde, irrégulière, à grosse extrémité inférieure ; elle a environ 5 centimètres de long sur 3 centimètres de large à sa partie inférieure. Son grand axe est dirigé en haut et en avant.

Les bords antérieur et inférieur sont nets, irréguliers, limités par deux saillies, une à la partie supérieure du bord antérieur, l'autre à la partie postérieure du bord inférieur. Les bords postérieur et supérieur sont moins nets.

Cette tumeur a une consistance dure, irrégulière, bosselée.

Elle est douloureuse à sa partie supérieure et postérieure ; elle est mobile dans l'extension de l'avant-bras sur le bras ; elle devient immobile quant l'avant-bras est fléchi sur le bras. Mais, même dans cette flexion forcée, elle est indépendante de la peau. Elle semble adhérente au triceps. On ne trouve pas de fluctuation. La palpation de l'aisselle gauche ne révèle pas de ganglions ; de même pas de ganglions susclaviculaires de ce côté.

B) Bras droit : A trois travers de doigt au-dessus de l'épi condyle, on trouve une masse à extrémité supérieure limitée

par un bord arrondi et irrégulier, son extrémité inférieure s'effile vers le bas ; son grand axe est d'environ 4 centimètres et obliquement dirigé en bas et en-avant, ses bords sont nets mais irréguliers ; sa consistance est dure ; elle présente un sillon légèrement oblique sur le grand axe de la masse. Mobile dans l'extension de l'avant-bras sur le bras, elle devient immobile dans la flexion. Elle semble adhérente au triceps et indépendante de la peau, qui est normale à son niveau.

Dans le creux de l'aisselle, à droite, on trouve des ganglions appliqués contre la paroi thoracique, mobiles, indolores.

Pas de ganglions sus-claviculaires.

A l'inspection de la malade, on constate une légère asymétrie faciale. Pas d'inégalité pupillaire. Réflexes oculaires à l'accommodation et à la lumière normaux.

A l'examen de la cavité buccale, on remarque la voûte palatine profonde ; en carène, des incisives inférieures présentent une ligne horizontale brunâtre, séparant par moitié les incisives.

Réflexes rotuliens normaux.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Opération. — Chirurgien : M. le professeur Okinczyc.

Le 10 mars 1921, anesthésie à l'éther. Incision de 10 centimètres de long sur le bord externe du bras gauche, sur la tumeur. La peau réclinée, la tumeur est libérée sur ses bords antérieur et postérieur. On constate alors qu'elle est fusiforme, à grand axe longitudinal, plaquée en avant tout contre la cloison intermusculaire externe et incluse en arrière dans les fibres charnues du vaste externe. Lorsqu'elle est

mobilisée sur ses bords nous la disséquons vers son extrémité supérieure ; le nerf radial est découvert avant qu'il ait traversé la cloison intermusculaire externe et nous constatons alors que la tumeur, sans l'englober, adhère en un point à son bord inférieur. Il se pourrait donc que la tumeur se fût développée au niveau du rameau cutané externe du radial.

Section de l'extrémité supérieure contre le radial, qui est respecté et ablation de la tumeur de haut en bas.

Quelques points de capiton musculaire.

Agrafes sur la peau.

Suites opératoires normales ; cicatrisation *per primam*.

Devant l'opposition de la malade, la tumeur du bras droit ne fut pas enlevée et la tumeur du bras gauche fut envoyée au laboratoire pour examen histologique.

Examen histologique de la tumeur
par M. le Dr Maurice Renaud

La tumeur est constituée par du tissu conjonctif hyalin, dont les larges placards sont orientés en lames concentriques autour des vaisseaux, dont le réseau paraît particulièrement développé.

En aucun point (même celui qui est signalé au pôle supérieur et qui en paraît le pédicule), on ne voit d'éléments, dans lesquels on puisse reconnaître l'apparence des fibres nerveuses.

Rien n'autorise à porter le diagnostic de tumeur d'un nerf.

En revanche, des fibres musculaires sont partout adhérentes à la tumeur, faisant corps avec elle.

Le point de départ du fibrome est bien plus probablement dans les aponévroses musculaires.

DISCUSSIONS DU DIAGNOSTIC

Devant ce cas rare de fibrome musculaire ou aponévrotique, quels étaient les diagnostics auxquels nous pouvions penser ?

a) Ces tumeurs sous-cutanées ou musculaires dirigeaient immédiatement notre pensée vers l'hypothèse de gommes syphilitiques.

Bien que nous ne trouvions rien ni dans les antécédents de notre malade, ni dans son examen clinique, qui puisse nous révéler la syphilis, nous demandons au laboratoire : une réaction de Bordet-Wassermann : Résultat : Réaction Bordet-Wassermann négative.

D'autre part les tumeurs de notre malade ne présentaient, à l'examen clinique, les caractères habituels des gommes syphilitiques.

b) A l'examen clinique nous avions constaté des troubles de la sensibilité : crises douloureuses, élancements, irradiations dans les doigts... ; d'où possibilité du diagnostic de névromes.

Nous avons déjà vu, dans l'observation que publiait Demarquay dans l'*Union médicale*, et que nous rapportons page 9, des troubles de la sensibilité analogues à ceux ressentis par notre malade : douleurs vives localisées d'abord, puis, se propageant à l'avant-bras, puis au pouce et à l'index. La tumeur

enlevée par Demarquay était dans l'épaisseur du long supinateur, « en avant du coude ».

Malheureusement l'examen histologique manque.

Cependant dans ces deux cas, on pouvait penser à une tumeur du nerf radial, ou de l'un de ses rameaux cutanés.

Broca a montré que toutes les tumeurs peuvent s'accompagner, quelle que soit leur nature, de phénomènes douloureux : « probablement, écrit-il, quand ils sont en connexion avec quelques filets nerveux . »

Chez notre malade, les troubles de la sensibilité, peuvent ainsi s'expliquer par compression de voisinage.

M. le Professeur Agrégé Okinczyc n'a-t-il pas remarqué, en effet, au cours de son intervention, que la tumeur adhère, en un point, au bord inférieur du nerf radial.

Ces diverses constatations pouvaient nous faire éliminer le névrome.

M. Okinczyc avait encore constaté « que la tumeur était plaquée contre la cloison inter-musculaire externe et incluse, en arrière, dans les fibres charnues du vaste externe ».

Le diagnostic qui nous restait à faire était donc celui de tumeur musculaire ou aponévrotique, que l'examen clinique nous avait déjà fait soupçonner : tumeur mobile dans le relâchement du muscle triceps, immobile pendant sa contraction.

Dans l'ouvrage de A. Després : *diagnostic des tumeurs*, page 391, nous lisons :

« Une tumeur, qui est située dans un muscle, est mobile dans le relâchement de ce muscle, dure et immobile pendant sa contraction. Les tumeurs, qui sont situées sur la face interne des membres, sur le trajet du paquet vasculo-nerveux, sont des tumeurs des vaisseaux ou des nerfs, et leur mobilité avec le paquet des vaisseaux et des cordons nerveux, est un excellent signe. »

L'examen histologique de la tumeur extirpée, allait-il confirmer le diagnostic de tumeur musculaire ou aponévrotique ?

Or l'examen microscopique que M. le Dr Renaut a bien voulu nous communiquer, est en tous points affirmatifs :

« En aucun point, même celui qui est signalé au pôle supérieur, on ne voit d'éléments dans lesquels on puisse reconnaître l'apparence de fibres nerneuses ».

« Rien n'autorise à porter le diagnostic de tumeur d'un nerf.

« En revanche, des fibres musculaires sont partout adhérentes à la tumeur, faisant corps avec elle.

« Le point de départ de fibrome est bien plus probablement dans les aponévroses musculaires. »

Quant à la tumeur du bras droit, qui est, cliniquement, en tous points semblable au fibrome du bras gauche, sauf les troubles de compression qui manquent encore actuellement ; nous nous croyons autorisés à lui admettre la même origine.

Mais, comment expliquer cette symétrie absolue des deux fibromes de notre malade ?

Cette symétrie était encore un argument en faveur d'une tumeur nerveuse.

Est-ce une simple coïncidence ?

Si, au point de vue de l'étiologie, on admet, qu'un traumatisme puisse provoquer le fibrome musculaire, la profession de notre malade, caissière, attitude habituelle appuyée sur le coude pourrait expliquer cette symétrie.

Sommes-nous en présence de troubles trophiques d'origine centrale ?

Sur cette hypothèse nous ne pouvons insister. Il nous semble, cependant, que l'examen histologique l'exclut absolument.

Nous ne voulions pas parler du traitement, mais, devant le résultat obtenu par l'exérèse du fibrome du bras gauche, et la satisfaction de la malade, très heureuse d'avoir vu disparaître les troubles qu'elle ressentait auparavant ; bien que jusqu'à présent, la tumeur du bras droit n'ait pas provoqué de troubles, elle est décidée à subir une nouvelle intervention, dès les premières manifestations.

Nous sommes, d'ailleurs, convaincus que cette nouvelle exérèse, pourrait être faite à l'anesthésie locale.

CONCLUSIONS

I. L'existence du fibrome pur d'origine musculaire ou aponévrotique niée, puis, admise, par les divers auteurs, doit-être considérée comme réelle.

II. Au point de vue du siège, on peut distinguer :

a) Les fibromes développés aux dépens des tendons et des aponévroses ;

b) Les fibromes développés dans l'épaisseur même des muscles.

III. Au point de vue de l'évolution :

Avec l'opinion classique, on considérera :

a) Les fibromes à évolution lente, à pronostic bénin : cette bénignité n'étant toutefois pas absolument constante, d'après M. Quénu ;

b) Les fibromes à évolution plus ou moins rapide, considérés pendant longtemps comme des fibrosarcomes.

IV. — Conduite à tenir.

Etant donné le peu que nous connaissons : sur l'évolution bénigne, ou, plus ou moins rapide ; sur

les transformations que peuvent subir les fibromes ; étant donnés, les troubles de la sensibilité ou fonctionnels, qui peuvent en résulter, nous conseillerons toujours l'intervention chirurgicale.

Vu : le Président de la thèse,
H. HARTMANN

Vu le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Lebert. — Bulletin de la Société anatomique, 1844, p. 78.

Chassaignac. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1856, p. 94.

Broca. — Bulletin de la Société anatomo-pathologique, 1850, p. 21.

Demarquay. — Tumeurs fibro-plastiques des tendons (Bulletin de la Société de Chirurgie. Discussion Chassaignac, t. IV, p. 137-1853).

Parmentier. — Sur les tumeurs dites cancéreuses des muscles, in Union médicale, t. XI, p. 401-421 (1861).

Ceevan. — On tumours in volontary muscles, in Bristish and Foreign Medico-Chirurgical Rewiew, t, XXXII, p. 509, 1863.

Desprès (*A*). — Des tumeurs des muscles. Thèse d'agrégation, 1866.

Denonvillers. — Fibrome sous-cutané de la cuisse (Gazette des Hôpitaux, p. 462, 1864).

Verneuil. — Quelques propositions sur les fibromes (Société de Biologie, t. II, p. 183, 1855).

Labbé et Remy. — Traité des fibromes de la paroi abdominale, 1888.

Nové-Josserand. — Etude sur les tumeurs conjonctives des muscles striés, en particulier sur le fibrome dissociant à évolution maligne. Thèse de Lyon, 1895-1896.

Jullien (*A.*).-Neuro-fibromatose généralisée. Maladie de Recklinghausen. Thèse, 1909.

Haquin (J.). — Du traitement des fibromes de la paroi abdominale. Thèse de Paris, 1888-1889.

Castay-Franck. — Des tumeurs inflammatoires en général et des membres en particulier simulant le sarcome. Thèse Toulouse, 1913.

Impr. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 5149-21